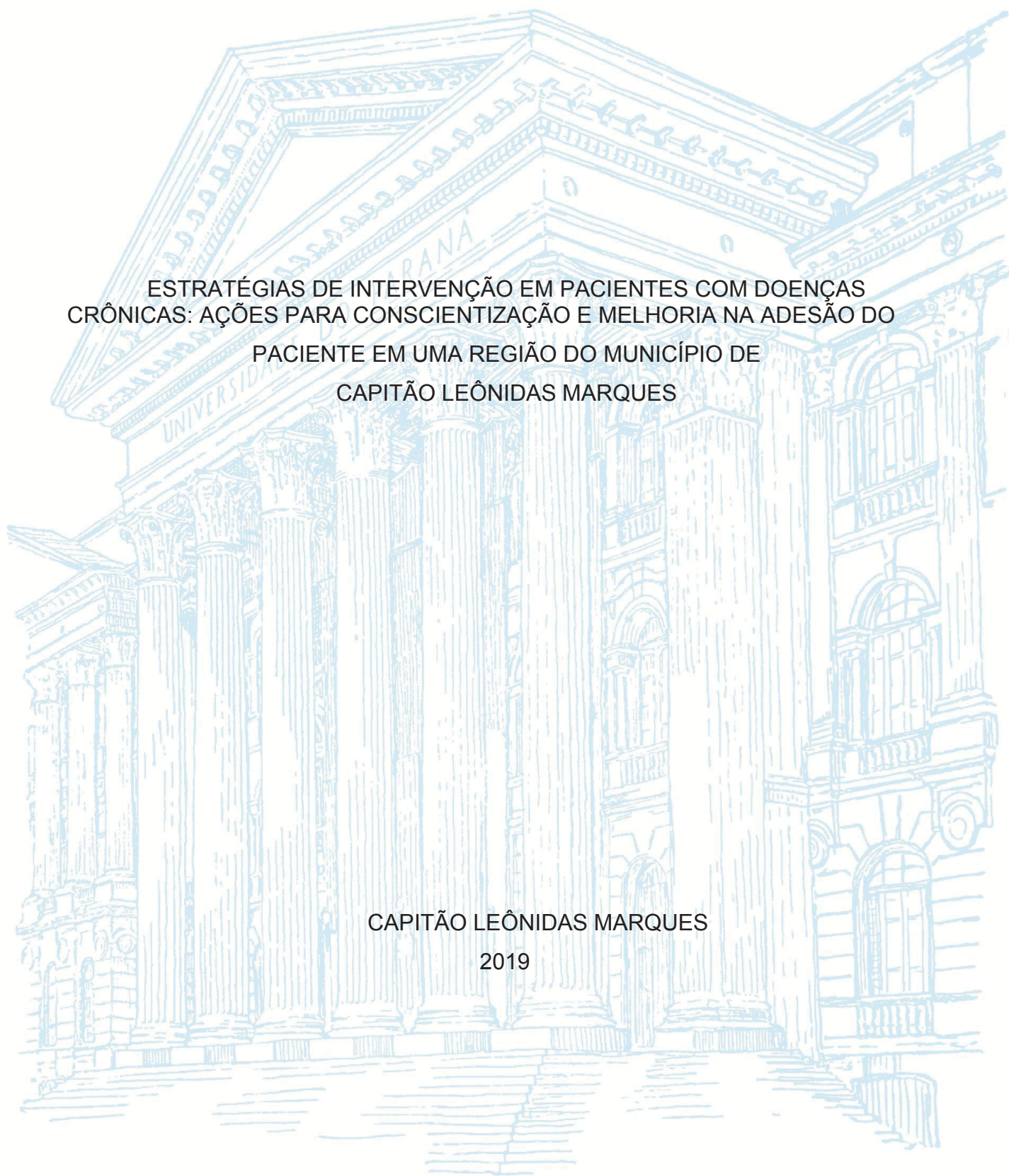


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA

MARCOS ANTONIO BARBIERI

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS
CRÔNICAS: AÇÕES PARA CONSCIENTIZAÇÃO E MELHORIA NA ADESÃO DO
PACIENTE EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE
CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES

CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES
2019



MARCOS ANTONIO BARBIERI

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM PACIENTES COM DOENÇAS
CRÔNICAS: AÇÕES PARA CONSCIENTIZAÇÃO E MELHORIA NA ADESÃO DO
PACIENTE EM UMA REGIÃO DO MUNICÍPIO DE
CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do título de Especialista, Curso de
Especialização em Atenção Básica, Setor
de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a. Ms. Emanuela Carla dos
Santos.

CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES

2019

RESUMO

Introdução: O tratamento da enfermidade crônica para ser efetivo depende da adequada orientação médica e da correta condução do paciente, porém, o problema surge quando muitos usuários não seguem corretamente as orientações e prescrições médicas caracterizando-se como um grande problema para a saúde do próprio paciente e para a saúde pública. **Objetivos:** Os objetivos do presente trabalho são aumentar a eficácia dos tratamentos instituídos pelo médico na Unidade de Saúde após verificar se as orientações e/ou prescrições médicas são adequadas e de fácil entendimento aos usuários, também quais enfermidades apresentam maiores taxas de abandono no tratamento e quais pacientes tem maiores dificuldades na compreensão das orientações ou prescrições. **Método:** O método utilizado foi a pesquisa-ação a partir da aplicação de um questionário onde buscou-se conhecer o perfil epidemiológico da população assistida e em sua decorrência executou-se um plano de intervenção. **Resultado:** Dentre as ações desenvolvidas, priorizou-se a realização de palestras educativas, com ênfase nas enfermidades crônicas de maior prevalência, elaboração e distribuição de folhetos de recomendações, que devem ser entregues aos hipertensos e diabéticos no momento da prescrição junto com as receitas médicas e a distribuição de uma caixa organizadora de medicamentos, confeccionadas artesanalmente. Tornou-se evidente que a forma mais eficiente de melhorar a qualidade de vida dos pacientes é promovendo mudanças no estilo de vida e melhorando a adesão no tratamento.

Palavras-chave: Adesão terapêutica. Doenças crônicas. Educação em saúde. Promoção da saúde. Estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

Introduction: The treatment of chronic disease, in order to be effective, depends on proper medical orientation and correct conduction of the patient, however, the problem arises when many patients do not follow correctly the guidelines and medical prescriptions characterizing itself as a major problem for the health of the patient and for the public health. **Objectives:** The objectives of the present study are to increase the effectiveness of the treatments instituted by the physician in the Health Unit after verifying if the guidelines and / or medical prescriptions are adequate and easy to understand to the users, also which diseases have higher dropout rates in the treatment and which patients have greater difficulties in understanding guidelines or prescriptions. **Method:** The method used was the action research from the application of a questionnaire where sought to know the epidemiological profile of the assisted population and as a result an intervention plan was executed. **Results:** Among the developed actions, educational lectures were emphasized, with emphasis on chronic diseases of higher prevalence, elaboration and distribution of recommendations leaflets, which should be delivered to hypertensive and diabetic patients at the time of prescription along with prescriptions and the distribution of a medicine organizer, made by hand. It has become clear that the most efficient way to improve patients' quality of life is by promoting lifestyle changes and improving adherence in treatment.

Key-words: Therapeutic adhesion. Chronic diseases. Health education. Health promotion. Family health strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo Geral	8
1.2.2 Objetivos Específicos	8
1.3 JUSTIFICATIVA	8
2 METODOLOGIA	10
2.1 ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	10
2.2 PÚBLICO ALVO	10
2.3 ETAPAS DO PLANO DE INTERVENÇÃO	10
2.4 CRONOGRAMA DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 PANORAMA ATUAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS E A ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO.....	19
3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL.....	21
3.3 AUTOMEDICAÇÃO.....	23
3.4 ADESÃO, EDUCAÇÃO CONTINUADA E CONSCIENTIZAÇÃO	24
3.5 PLANEJAMENTO E PROMOÇÃO EM SAÚDE	25
4 RESULTADOS.....	27
4.1 QUESTIONÁRIO APLICADO	27
4.2 PALESTRAS	28
4.3 FOLHETOS DE RECOMENDAÇÕES.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

A Unidade Básica de Saúde Central está localizada na região central da cidade de Capitão Leônidas Marques. O município foi emancipado há 55 anos, tem aproximadamente 16.000 habitantes, cuja principal atividade econômica é a agricultura. Atualmente estão em funcionamento oito unidades de Estratégia de Saúde da Família – ESF, contando com profissionais médicos generalistas.

O município conta, ainda, com médicos em outras especialidades tais como: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia, Psiquiatria, Ortopedia, etc. Os atendimentos de Emergência e Urgência são encaminhados para um Hospital dentro do município que possui convênio com a Secretaria Municipal de saúde.

A Unidade Básica de Saúde Central está estruturada para atender as 1.425 pessoas cadastradas no território. A equipe de saúde é composta por: 01 Médico Generalista, 01 Enfermeira, 01 Técnica de Enfermagem, 05 Agentes Comunitários de Saúde, 01 Cirurgião Dentista e 01 Auxiliar de Consultório Dentário, trabalhando em harmonia, se preocupando em resolver os problemas dos pacientes da melhor maneira possível, ofertando saúde de qualidade. Há liberdade para a gestão da agenda de atendimento o que facilita o atendimento às prioridades e necessidades da população, também os insumos sempre estão disponíveis. A relação com a comunidade é muito boa, pois a quantidade de pessoas atendidas pela equipe não é grande, o que permite um atendimento médico e de enfermagem de qualidade, sem atropelos e dentro de um planejamento aceitável.

À disposição encontram-se alguns serviços de referência e de apoio como a Saúde Mental que conta com profissionais das áreas de Psicologia e Psiquiatria, também há o apoio do NASF que conta com serviços de Fonoaudióloga, Assistência Social, Psicologia e Educador Físico, e convênio com clínicas de fisioterapia.

O território de abrangência Unidade Básica de Saúde Central está dividido em duas regiões não contíguas, com perfis geográficos, econômicos, epidemiológicos e sociais bem distintos. Uma região está localizada na área central do município, abrangendo grande extensão das principais avenidas do

município e de um bairro com localização central, a população depende exclusivamente de empregos nas empresas e indústrias do município, todas as residências possuem água potável, energia elétrica e rede telefônica. A outra região está localizada em uma área rural do município, com uma população exclusivamente rural, são agricultores que cultivam a terra, criam animais, vivem do agronegócio. Todas as residências possuem rede elétrica, algumas ainda não possuem serviço de água encanada ou de rede telefônica.

Neste território existem muitos espaços para a prática de exercícios e lazer, tanto na área urbana, quanto na área rural. Existe uma cadeia pública com atualmente 55 pessoas privadas de liberdade. Não existe população ribeirinha, indígena, acampamentos ou assentamentos, população em situação de rua. Existem algumas entidades representativas, porém não chegam a atuar nos serviços da unidade, alguns vereadores sempre se fazem presentes informalmente buscando interagir com os serviços e com a comunidade. No município existe o Conselho Municipal de Saúde, neste ano foi implantado o Conselho Local de Saúde no território.

No território urbano da Unidade Básica de Saúde Central existem 02 escolas municipais e 01 colégio estadual. Nas comunidades rurais do território como não existem escolas ou colégios, um ônibus realiza o transporte dos alunos até um estabelecimento escolar na cidade.

Percebe-se que os usuários dos serviços de saúde demonstram uma grande aceitação da equipe de saúde, estão dispostos a seguir as orientações, porém nota-se que nem sempre as executam de acordo. É provável que esta situação ocorra devido ao perfil populacional, pois são pessoas geralmente com idade mais elevada, com escolaridade mínima ou ausente, que apresentam dificuldade para modificar estilo de vida, que ainda acreditam em formas alternativas de cura, tais como chás, garrafadas ou benzeduras.

O perfil populacional em geral é muito semelhante, a grande maioria tem hábitos e costumes que se assemelham muito, o que facilita o planejamento e a implantação de políticas de saúde pública.

A população residente na zona rural totaliza 475 pessoas e o restante, 951 pessoas residem na zona Urbana, sendo 677 pessoas do sexo masculino e 749 pessoas do sexo feminino. A distribuição da população por faixa etária

encontra-se da seguinte forma: 439 são crianças, 304 são adolescentes, 524 são adultos e 159 são idosos.

A procura pelos serviços de saúde é grande atendendo diariamente muitas enfermidades, porém, pode-se definir como as mais prevalentes a Hipertensão Arterial sistêmica, a Diabetes Mellitus, a Cefaleia e dorsalgias.

Os principais agravos estão relacionados com as enfermidades crônicas, haja vista a dificuldade que grande parcela da população ainda reluta em participar de atividades preventivas em saúde e o grau de instrução de alguns usuários é baixo, o que dificulta ainda mais a orientação e adesão aos tratamentos.

Sabe-se que para tratamento das doenças crônicas é necessário acompanhamento profissional e colaboração do paciente, porém muitos usuários não seguem corretamente as orientações e prescrições médicas, caracterizando um grande problema para a saúde da população. Sendo assim, este foi definido como problema para intervenção.

É crucial para um desfecho positivo no tratamento de enfermidades que o paciente siga integralmente e corretamente as prescrições e orientações médicas, apesar do esforço da equipe ainda existem muitas falhas na condução do trabalho da equipe de saúde que devem ser melhoradas, tais como, tratamento não apropriado ao paciente, instruções verbais complexas, abordagem verbal inadequada, acompanhamento domiciliar insuficiente. Estas deficiências devem ser abordadas de modo eficiente, pois deve-se tornar o atendimento mais abrangente e efetivo, trazendo mais saúde e bem-estar para a população da área de abrangência.

Neste estudo identificou-se que os usuários têm dificuldades para entender ou para cumprir as orientações médicas, porque apresentam certas limitações muitas vezes relacionadas pelo grau de escolaridade, pela senilidade, pela quantidade ou complexidade das informações passadas aos pacientes. O problema é agravado, pois grande parcela da população ainda reluta em participar de atividades preventivas em saúde, seja por terem outras ocupações, ou por falta de conscientização.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Aumentar a eficácia dos tratamentos instituídos pelo médico na Unidade Básica de Saúde, evitando o abandono ou a irregularidade no tratamento.

1.2.2 Objetivos Específicos

Verificar se as orientações e/ou prescrições médicas são adequadas e de fácil entendimento aos usuários;

Levantar quais enfermidades apresentam maiores taxas de abandono no tratamento;

Verificar o perfil da população que tem maiores dificuldades no entendimento das orientações ou prescrições;

Levantar referencial bibliográfico pertinentes ao assunto;

Aumentar a eficácia das orientações por meio da implementação das propostas produzidas no presente trabalho.

1.3 JUSTIFICATIVA

Saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde, significa, não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, devendo ser encarada como um direito social, inerente à condição de cidadania. Este direito deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, garante que a saúde é um direito de todos e dever do estado. A Saúde deve ser considerada como um direito coletivo que os profissionais da saúde devem priorizar de todas as formas.

Aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos é uma forma inteligente e estratégica de maximizar os esforços públicos em busca de atingir a saúde plena.

É muito importante o estudo e abordagem deste tema, pois ao envolver a comunidade e melhorar a adesão dos pacientes, toda a comunidade será provida de benefícios pelo câmbio da forma de comportar-se perante os serviços de saúde.

A melhoria nos processos e formas alternativas de atendimento devem ser buscadas incessantemente pelos profissionais da saúde, aumentando a resolubilidade do sistema, trazendo benefícios à saúde da população e trazendo eficácia no processo saúde-doença.

A dificuldade financeira que vivenciamos na saúde, que se somam a outros fatores agravantes, como o envelhecimento e empobrecimento da população nos obriga e ao mesmo tempo impulsiona a melhorar ou aumentar a eficiência e eficácia nos processos internos de atendimento.

Este plano de intervenção é viável e oportuno, pois os agentes envolvidos no processo podem ser facilmente conscientizados e cooptados dentro deste plano. A equipe de saúde tem o dever, como profissionais da saúde, de melhorar os processos de atendimento, de promover a melhoria no estado de saúde da população adstrita na área de abrangência da unidade básica de saúde.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação, com a realização de diagnóstico situacional e a proposição e implementação de ações, com embasamento na prática clínica e na revisão integrativa de literatura como método de estudo.

2.1 ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde Central, que está localizada na região central da cidade de Capitão Leônidas Marques.

2.2 PÚBLICO ALVO

O plano de intervenção teve inicialmente como público alvo todos os indivíduos, adultos e idosos, moradores no território de abrangência da unidade de saúde. Este trabalho desenvolveu-se com o objetivo de alcançar prioritariamente os pacientes portadores de enfermidades crônicas em tratamento ambulatorial que não seguem corretamente as orientações e prescrições médicas.

2.3 ETAPAS DO PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de Intervenção teve a abrangência de três etapas:

a) Preparação e Organização interna: Nesta etapa a prioridade foi tornar conhecido o plano de intervenção, através de reuniões, buscando a conscientização e capacitação de todos os colaboradores internos: Enfermeira, Técnica de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e Recepcionistas. A equipe foi conscientizada sobre a necessidade da colaboração e participação efetiva de todos.

A problemática abordada e o plano de intervenção foram apresentados de maneira integral, de modo que não restassem dúvidas quanto aos

benefícios almejados. Nesta etapa também foram debatidas as formas de abordagem e auxílio aos pacientes.

Os questionários foram elaborados pelo Médico e Enfermeira, onde constaram questões específicas buscando identificar prioritariamente:

- O perfil epidemiológico da população alvo;
- Os pacientes portadores de enfermidades crônicas em tratamento ambulatorial que não seguem corretamente as orientações e prescrições médicas; e,
- As principais dificuldades ou motivos que os pacientes alegam para não seguirem efetivamente as orientações e prescrições médicas.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário contendo as seguintes perguntas:

QUESTIONÁRIO

USUARIOS DA UBS CENTRAL
1. Idade:
2. Sexo: () Masculino
() Feminino
3. Estado Civil: () Casado
() União estável(a)
() Solteiro(a)
() Víuvo(a)
4. Etnia: () Branca
() Parda
() Negra
() Amarela
5. Ocupação: () Trabalha
() Não trabalha
() Outras rendas (aluguéis, auxílio previdenciário, aposentadoria)
6. Tem Hipertensão: () Não
() Sim
Se hipertenso (sim): Há quanto tempo: () 01 ano. () 05 anos ou mais
Há quanto tempo toma remédio: () 01 ano () 05 anos ou mais
7. Tem Diabetes: () Não
() Sim
Se Diabético (sim): Há quanto tempo: () 01 ano () 05 anos ou mais.
Há quanto tempo toma remédio: () 01 ano. () 05 anos ou mais.
8. Tem outra enfermidade: () Não
() Sim. Qual?
9. Há quanto tempo a receita para HA/DM está sem alteração?
() 01 mês () 6 meses () 01 ano () 02 anos () 05 anos
10. Como avalia seu estado de saúde:

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
11. Grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa
() Extremo () Alto () Regular () Leve () Regular
12. Você toma ou já tomou medicamento sem prescrição médica?
() Não
() Sim Há quanto tempo: () Menos de 01 ano
() Mais de 01 ano
13. Relação com e uso de serviços de saúde:
() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Muito ruim
14. Faltou a alguma consulta marcada Unidade de Saúde nos últimos 6 meses?
() Não
() Sim
15. Marcou a data de sua próxima consulta na Unidade de Saúde?
() Não
() Sim
16. Qual o grau de satisfação com o atendimento da farmácia?
() Muito satisfeito () Satisfeito () Pouco satisfeito () Nada satisfeito
17. Seu médico costuma lhe fazer indicação de exercícios físicos?
() Não
() Sim
18. Seu médico costuma lhe fazer indicação de dieta alimentar?
() Não
() Sim
19. Você pratica exercícios físicos com que frequência?
() Não pratica
() 1 vez por semana
() 2 vezes por semana
() 3 ou mais vezes por semana
20. Na sua opinião, você realiza integralmente as recomendações médicas?
() Não
() Às vezes
() Sim
21. Tem dificuldade para seguir o tratamento médico recomendado?
() Não tenho dificuldade
() Sim. Qual?

b) Diagnóstico: Nesta etapa foi realizado o diagnóstico situacional baseando-se nos resultados levantados nos questionários aplicados pelos Agentes Comunitários de Saúde.

c) Implementação do Plano de Intervenção: Nesta etapa ocorreu a chamada aplicação prática do Plano de Intervenção. Depois de realizado o diagnóstico e conhecido o perfil epidemiológico da população alvo a equipe se reuniu para a definição dos planos de intervenção que seriam mais eficazes na melhoria da adesão e no tratamento dos pacientes.

Considerando a situação apresentada através do questionário aplicado, buscou-se discutir com a equipe a situação, partindo-se da premissa de que os profissionais de saúde têm em sua formação a consciência de que a educação em saúde para a população é fator de transformação nas atitudes e que podem levar a uma melhor qualidade de vida, principalmente para o indivíduo portador de uma enfermidade crônica.

O planejamento das ações foi realizado conjuntamente com a equipe de saúde. Observada a dificuldade dos pacientes em aderirem ao tratamento, debateram-se durante as reuniões realizadas com os membros da equipe quais seriam as melhores formas de obter uma melhoria na adesão e no tratamento dos pacientes. Entre várias propostas de intervenção debatidas destacaram-se:

Palestras: entre as propostas vieram a de manter as palestras educativas, porém, com ênfase nas enfermidades crônicas de maior prevalência, buscando aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos e orientações preconizadas criando um espaço onde pacientes, familiares e cuidadores possam compartilhar experiências exitosas e também deficiências individuais.

Os palestrantes devem ser profissionais de nível superior destacando-se: Médicos, Farmacêuticos, Nutricionistas, Educadores Físicos, Fisioterapeutas, Psicólogas, etc.

Destaca-se que a palestra é um método de intervenção que se sustenta na pedagogia tradicional, mas pode ser alavancada principalmente se houver a participação do médico, pois, muitas vezes se escutou que quando o médico fala “eles se sentem mais importantes e prestigiados”, os temas ainda que variados em relação à área da saúde devem trazer sempre que possível, informações sobre os benefícios da realização de atividades físicas e da tomada de medicamentos de acordo com a prescrição médica, os riscos da automedicação e a necessidade de controle da doença seguindo o plano terapêutico instituído pelo médico responsável.

A palestra foi realizada, conforme previsto no plano de intervenção na sala de reuniões do Centro de Saúde, contando com a participação dos pacientes hipertensos e diabéticos. Como recurso audiovisual foi utilizado o projetor de imagens, cedido pela secretaria de saúde e um computador notebook da própria Unidade de Saúde. Os palestrantes foram o médico e a

enfermeira, o tema abordado foi a prevenção de agravos, a adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos pelo médico e formas de melhorar a saúde, através da mudança dos hábitos. Durante a palestra foram distribuídos os folhetos de recomendações elaborados pela equipe de saúde.

Folhetos de recomendações: ficou evidente a necessidade de repassar as recomendações mais importantes que o paciente deve seguir. O folheto deve ser de fácil acesso, leitura e entendimento por parte do paciente e que possa ser reproduzido ou repassado aos familiares ou cuidadores sem perda na qualidade da informação.

Assim, seguindo orientações do próprio Ministério da Saúde e de órgãos técnicos da área, foram elaborados os folhetos para as duas enfermidades de maior prevalência na área de abrangência da unidade de saúde: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Os folhetos foram confeccionados pela equipe de saúde utilizando os materiais e recursos da própria Unidade de Saúde, sendo: folhas de papel A4 e a impressora. Apresentamos abaixo, os modelos dos folhetos de recomendação:

RECOMENDAÇÕES PARA HIPERTENSOS	
Evite	Pães e bolachas salgadas ou recheadas.
	Queijos salgados.
	Embutidos (salame, mortadela e salsicha).
	Enlatados e conservas.
	Caldos de carnes, Sazon, sopas de pacote, salgadinhos.
	Estresse, não deixe os problemas do dia-a-dia tirarem teu sossego.
Reduza ao máximo	Consumo de sal.
Verifique	A pressão arterial pelo menos uma vez por semana.
Diminua ou abandone	Consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, aguardente, vinho, etc).
Mantenha	O peso adequado.
Visite o médico	A cada 6 meses, pelo menos.
Aumente	Consumo de frutas, verduras e legumes.
Tenha	Alimentação saudável.
Pratique	Exercícios ou atividades físicas regularmente, pelo menos 30 minutos ao dia.
Tome	Seus medicamentos nos horários indicados pelo médico.
Beba	Bastante água no seu dia a dia.
Abandone	O cigarro ou outras drogas da sua vida.

RECOMENDAÇÕES PARA DIABÉTICOS	
Evite	Pães e bolachas salgadas ou recheadas.
	Doces, açúcares em geral, melado, garapa, refrigerante.
	Consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, aguardente, vinho, etc).
	Frituras e gorduras em geral.
Reduza	Embutidos (salame, mortadela e salsicha).
	Enlatados e conservas.
	Pães, arroz, batatas, macarrão, mandioca, polenta, bolachas e massa em geral (optar pelos integrais).
Prefira	Alimentos integrais.
Use	ESTÉVIA (100% pura).
Mantenha	O peso adequado.
Visite o médico	A cada 06 meses, pelo menos.
Aumente	Consumo de frutas, verduras e legumes.
Tenha	Alimentação saudável, com pequenas porções de 5 a 6 refeições ao dia.
Pratique	Exercícios ou atividades físicas regularmente, pelo menos 30 minutos ao dia.
Tome	Seus medicamentos nos horários indicados pelo médico.
Beba	Bastante água no seu dia a dia.
Abandone	O cigarro ou outras drogas da sua vida.

Planilha personalizada de medicamentos: trata-se de uma relação contendo horário de administração, nome do medicamento e a finalidade para qual é destinada.

Esta planilha é destinada aos pacientes de enfermidades crônicas que apresentam grandes dificuldades em tomar corretamente os medicamentos, devendo ser preenchida preferencialmente pela enfermeira ou pela auxiliar de enfermagem.

Apresentamos abaixo, como exemplo, planilha de medicamentos de uma paciente devidamente preenchida pela equipe de saúde, com os respectivos medicamentos que toma diariamente.

HORÁRIO	MEDICAMENTO	FINALIDADE
01 hora antes café	Levotiroxina 112mcg	Tireóide
Jejum de manhã	Donepezila 10mg	Alzheimer
Após Café manhã	Diovan 80mg	Pressão Alta
Após Café manhã	Jardiance 25mg	Diabetes
Após Café manhã	Janumet 50/850	Diabetes
Antes almoço	Janumet 50/850	Diabetes
Após almoço	AAS 100mg	Anticoagulante
Antes do jantar	Diovan 80mg	Pressão Alta
Após jantar	Zyloric 100mg	Acido Urico
Após jantar	Sinvastatina	Colesterol
De 6/6 horas	Paracetamol	Se dores Leves/ moderadas
De 12/12 horas	Tramadol 50mg	Se dores moderadas/fortes
Manhã	Labirin 24 mg	Se tonturas

Caixa organizadora de medicamentos: trata-se de uma caixa que pode ser produzida artesanalmente de papelão ou de plástico que pode ser adquirida em farmácias, sendo própria para a dispensação de medicamentos, é conhecida comercialmente como caixa porta comprimidos ou caixa organizadora de remédios.

O objetivo desta intervenção é de organizar e facilitar de maneira simples a tomada dos medicamentos. A caixa deve conter todos os medicamentos e os respectivos horários que o paciente deva tomá-los.

Apresentamos abaixo um exemplo de caixa organizadora de medicamentos, que está sendo utilizada por uma paciente portadora de enfermidade crônica atendida pela nossa equipe de saúde:

FIGURA 1: CAIXA ARTESANAL DE MEDICAMENTOS



Fonte: O autor.

FIGURA 2: CAIXA ARTESANAL DE MEDICAMENTOS



Fonte: O autor.

2.4 CRONOGRAMA DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Data	Etapas	Estratégia	Participantes
06/05/2019	Preparação e organização interna	Reunião para conscientização e conhecimento das estratégias de atuação	Equipe de saúde da UBS
07/05 a 08/05	Preparação e organização interna	Elaboração de questionários	Médico e Enfermeira
09/05 a 14/05	Diagnóstico	Aplicação de questionários	Agente Comunitário de Saúde
15/05 a 17/05	Diagnóstico	Condensação de resultados e elaboração de relatórios	Médico e Enfermeira
18/05 a 19/05	Implementação do Plano de Intervenção	Reunião de capacitação e para definição de estratégias de atuação	Equipe de saúde da UBS
20/05 a 20/06	Implementação do Plano de Intervenção	Aplicação prática do Plano de Intervenção	Equipe de saúde da UBS

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PANORAMA ATUAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS E A ADESAO DO PACIENTE AO TRATAMENTO

Nos últimos anos ocorreram diversas transformações de cunho sócio epidemiológico na realidade brasileira, impondo novos desafios para o desenvolvimento das atividades nas unidades de saúde, entretanto, algumas sequelas continuam a permear a saúde da população. (WALMAN, 2003)

A Organização Mundial da Saúde aponta que as doenças não transmissíveis (DNT's), que incluem doenças cardíacas, derrame, câncer, diabetes e doença pulmonar crônica, são coletivamente responsáveis por quase 70% de todas as mortes no mundo. (OMS, 2019)

A situação é alarmante tendo em vista que atualmente 32% da população adulta brasileira ou o equivalente a 36 milhões de indivíduos têm hipertensão. Desses 36 milhões, somente 50% sabem que são hipertensos, dos quais apenas 50% se tratam, com destaque que dessa parcela que se trata, só 50% têm a pressão controlada. (GANDRA, 2018)

A alta prevalência de enfermidades crônicas obriga o despertar das autoridades governamentais sobre a importância da implementação de políticas em saúde que respondam as questões advindas desse cenário, outro despertar, fundamental para que essas políticas de saúde obtenham o sucesso desejado é o da população, que deve conscientizar-se da necessidade de prática de hábitos saudáveis de vida com destaque para o comportamento alimentar (SILVA, 2015). Outro fator que deve ser observado é a falta de exercícios físicos regulares, sendo necessário identificar as práticas mais adequadas às necessidades preconizadas como efeito protetor do exercício físico para a saúde (POLISSENI e RIBEIRO, 2014) e ainda, quando diagnosticados com alguma enfermidade, sigam corretamente as recomendações orientadas pelo profissional que o assiste.

Neste estudo identificou-se que os usuários têm dificuldades para entender ou para cumprir as orientações médicas, porque apresentam certas limitações, o que pode ser relacionado pelo grau de escolaridade, pela senilidade, pela quantidade ou complexidade das informações passadas aos pacientes. O problema é agravado, pois grande parcela da população ainda

reluta em participar de atividades preventivas em saúde, seja por terem outras ocupações ou por falta de conscientização.

A melhoria nos processos e formas alternativas de atendimento devem ser buscadas incessantemente pelos profissionais da saúde, aumentando a resolubilidade do sistema, trazendo benefícios à saúde da população e trazendo eficácia no processo saúde-doença.

A dificuldade financeira vivenciada na saúde que se somam a outros fatores agravantes, como o envelhecimento e empobrecimento da população obrigam e ao mesmo tempo impulsiona aqueles que laboram nos serviços de saúde a melhorar ou aumentar a eficiência e eficácia nos processos internos de atendimento.

Na literatura, os estudos abordando o tema adesão e educação em saúde são vastos. Àqueles que pretendem aventurar-se na missão de buscar a adesão dos pacientes e envolvimento das equipes que auxiliarão no processo é pertinente compreender a seguinte sugestão:

Se você quiser começar amanhã a mudar a prática e implementar a evidência, prepare-se bem: envolva o público pertinente; desenvolva uma proposta de mudança que seja baseada em evidência, factível e atraente; estude as principais dificuldades para o sucesso da mudança e selecione um conjunto de estratégias e medidas em diferentes níveis ligados ao problema; sem dúvida, trabalhe dentro de seus recursos e possibilidades. Defina indicadores de medida de sucesso e monitorize o progresso continuamente ou a intervalos regulares. Finalmente, satisfaça-se com um trabalho que leva a cuidado mais eficaz, eficiente, seguro e amistoso para seus pacientes.(GROL e GRIMSHAW, 2003, citados por WANNMACHER, 2010)

A equipe de saúde tem o dever, como profissionais da saúde, de melhorar os processos de atendimento, de promover a melhoria no estado de saúde da população adstrita na área de abrangência de unidade básica de saúde.

Diante do contexto apresentado, buscar soluções para os problemas locais com destaque para as enfermidades crônicas, automedicação e busca por conscientização da população por meio de planejamento adequado se faz necessário, logo, o plano de intervenção apresenta-se viável e oportuno, pois os agentes envolvidos no processo podem ser facilmente conscientizados e cooptados dentro deste plano.

3.2 DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE no ano de 2013 realizou a Pesquisa Nacional de Saúde e divulgou um conjunto de tabelas com informações sobre percepção do estado de saúde, estilos de vida e apontou que as doenças crônicas constituem o problema de maior magnitude nessa área no País e respondem por mais de 70% das causas de morte no Brasil. A referida pesquisa apresentou os respectivos conceitos das doenças crônicas mais prevalentes na população brasileira, a seguir relacionadas:

Hipertensão arterial sistêmica: também conhecida como pressão alta, é uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. É considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os resultados apresentados a seguir foram autorreferidos, ou seja, não houve aferição da pressão arterial para constatar o diagnóstico de hipertensão. Considerou-se apenas quem referiu ter tido diagnóstico médico de hipertensão. Dados sobre medidas de pressão aferidas serão apresentados em volume posterior.

Diabetes mellitus: caracteriza-se por um transtorno metabólico causado por hiperglicemia (ou elevação da glicose sanguínea) resultado de distúrbio no metabolismo de açúcares. Os dados a seguir foram autorreferidos. No entanto, considerou-se apenas quem referiu ter tido diagnóstico médico de diabetes. Dados sobre hemoglobina glicada serão apresentados em volume posterior.

Asma: caracteriza-se como uma doença de natureza crônica que afetam as vias aéreas e também outras estruturas dos pulmões. De acordo com a OMS a asma ocupa o primeiro lugar na prevalência de Doenças Respiratórias Crônicas.

Doenças cardiovasculares: são a principal causa de morte no Brasil. Apesar de a mortalidade causada por essas doenças ter diminuído ao longo dos anos no Brasil. Ainda, as doenças cardiovasculares geram os maiores custos com relação a internações hospitalares. Dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares, destaca-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física e consumo de alimentos com alto teor de gordura e densidade energética.

Acidente Vascular Cerebral (AVC): se caracteriza por apresentar o início agudo de perda rápida da função neurológica, podendo ocorrer sintomas neurológicos focais (paresia ou diminuição de força motora, entre outras) ou globais (coma). Esta é uma das principais causas de mortes e incapacidade no mundo.

Problema crônico de coluna: as dores e os problemas musculoesqueléticos podem acometer grande parcela da população, tendo impacto econômico e na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Entre os problemas crônicos de coluna, os problemas lombares crônicos são os mais comuns.

Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): são caracterizados como transtornos dolorosos e prejudiciais causados pelo uso ou atividade excessiva de alguma parte do sistema musculoesquelético, geralmente resultante de atividades físicas relacionadas ao trabalho.

Depressão: é um distúrbio afetivo caracterizado, principalmente, pelo rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição das atividades. Pode variar entre episódios mais leves e mais graves. Segundo estimativas da OMS, a depressão é a principal doença na carga global de doenças no mundo.

Insuficiência renal crônica: é caracterizada por lesão renal ou redução da função renal por três ou mais meses, independente do diagnóstico que originou a lesão ou redução da função. É um problema de saúde pública que impacta tanto os indivíduos, seus familiares quanto à sociedade e o sistema de saúde.

Câncer: é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem se espalhar para outras regiões do corpo. Trata-se de uma doença de causa variada, entre elas: hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural, como tabagismo e hábitos alimentares; fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento.

Colesterol (LDL): O consumo exagerado de gorduras na alimentação pode levar à elevação do colesterol total. O excesso de colesterol é prejudicial à saúde, pois, aumenta o risco de desenvolver doenças cardiovasculares.

O IBGE, ao disponibilizar o resultado da pesquisa, informou que apresentou às instâncias executivas e legislativas, aos profissionais e pesquisadores, aos Conselhos de Saúde e os demais agentes interessados no setor um amplo conjunto de informações que lhes ajudarão na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas relacionadas à saúde. (IBGE, 2014)

É necessário, portanto, planejamento cujas estratégias de intervenção promovam a adesão do paciente, principalmente os acometidos por doenças crônicas que necessitam cuidados diversos e contínuos. (ITO, 2006)

3.3 AUTOMEDICAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a automedicação como a seleção e uso de medicamentos por indivíduos para tratar doenças ou sintomas auto-reconhecidos, e assim, a automedicação é um dos elementos do autocuidado. (PONS, KNAUTH e VIGO, 2017)

Dados da OMS apontam que mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas. (WANNMACHER, 2010)

A própria OMS admite que a automedicação evita, muitas vezes o colapso do sistema público de saúde pois este deixa de atender os casos transitórios ou de menor urgência, no entanto alerta que a situação se torna extremamente perigosa e inaceitável quando há o uso de remédio que contém tarja preta ou vermelha na embalagem sem prescrição médica. (CASTRO *et al*, 2006)

No Brasil, de acordo com a legislação vigente a automedicação é definida como o uso de medicamentos sem receita médica, orientação e / ou a supervisão de um médico ou dentista. (BRASIL, 1988)

3.4 ADESÃO, EDUCAÇÃO CONTINUADA E CONSCIENTIZAÇÃO

O conceito de adesão apesar de variar entre diversos autores, é compreendido como “[...] a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” representando a etapa final do que se sugere como “uso racional de medicamentos”, sendo que não adesão por parte do paciente se tornou importante nas últimas décadas e está entre as preocupações de profissionais de saúde. (LEITE e VASCONCELLOS, 2003)

O uso incorreto de medicamentos, no Brasil:

[...] deve-se comumente a: polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inadequada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente. O uso abusivo, insuficiente ou inadequado de medicamentos lesa a população. (WANNMACHER, 2010)

Em que pese a autonomia da profissão do médico ser um dos mais importantes princípios fundamentais que orientam o disposto no Código de Ética Médica, há que se observar a vontade do paciente, pois o cuidado que este tem com a própria saúde deve ser considerado tendo em vista que, consciente, goza de autonomia sobre si, podendo, ou não, optar por cuidar do próprio corpo e mente. (BRASIL, 1988)

Importante destacar que a

[...] adesão do paciente a uma determinada terapia depende de vários fatores que incluem os relativos à relação médico-paciente, às questões subjetivas do paciente, às questões referentes ao tratamento, à doença, ao acesso ao serviço de saúde, à obtenção do medicamento prescrito e à continuidade do tratamento. (JOHANNESSEN E LORIER, 1996, citados por FONSECA, 2017).

A intervenção educativa eficiente pode impactar diretamente a conscientização dos pacientes pretendendo que estes adquiram conhecimento sobre sua enfermidade, complicações e repercussões no organismo àqueles que não cumprem o tratamento.

Verificada uma enfermidade e prescrito o tratamento por um profissional competente a adesão torna-se um dos pontos fundamentais para a

resolubilidade de um tratamento, para tanto há que haver conscientização por parte do paciente e, se for o caso, de seus cuidadores. Tal conscientização só se consegue por meio da informação e educação continuada.

3.5 PLANEJAMENTO E PROMOÇÃO EM SAÚDE

As ações e serviços de saúde são de relevância pública, sendo competência do Estado regulamentar, fiscalizar e controlar, na forma como a Constituição Federal determina:

Art. 196. A saúde é direito de todos, dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, regido pelo princípio do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Considerando a quantidade de doenças crônicas que afetam a população brasileira e a não adesão do paciente aos tratamentos que lhe foram prescritos, a grande ferramenta disponível é o planejamento no setor de saúde:

O planejamento no setor saúde adquire maior importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. Os gestores do setor da saúde vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de criação. (BRASIL, 2008, p. 07)

O planejamento é fundamental para se atingir um objetivo com sucesso pois bem elaborado é possível decidir com antecedência e diminuir variáveis incontroláveis, ou seja, “[...] é a formulação sistemática de estratégias, ações estratégicas e a escolha da melhor ação no momento certo para a organização, e por isso mesmo pode até ser confundido com o processo de tomada de decisões”, sendo que o vocábulo “*Planejamento* lembra pensar, criar, moldar ou mesmo tentar controlar o futuro da organização dentro de um horizonte estratégico”, portanto, planejar é “[...] decidir antecipadamente o que fazer, de que maneira fazer, quando e quem deve fazer.” (LACOMBE, 2015).

Além do planejamento criteriosamente estabelecido, no processo de promoção à saúde é “[...] imprescindível que os profissionais de saúde

incorporem (ampliando e entendendo) o real significado do tema da promoção à saúde”, devendo, para tanto, “[...] se capacitar para intervir e auxiliar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando sua participação e autonomia e buscando ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde, como a educação, a habitação, o emprego, a renda entre outros”. (HEIDMANN, 2006)

4 RESULTADOS

4.1 QUESTIONÁRIO APLICADO

Os resultados obtidos são decorrentes da análise de questionário aplicado a 70 usuários, que representa aproximadamente 10% da população adulta, com idade entre 40 e 88 anos, adstritos na Unidade Básica de Saúde Central. O grupo entrevistado contemplou a população de 54% do sexo feminino e 46% masculino. Desses, 65% declarou ser casado ou em união estável, 16% viúvo, 10% solteiro e o restante não declarou a situação conjugal.

Dos entrevistados 54% declarou ter hipertensão sendo que desses 83% sabia que tinha a doença a mais de 5 anos e 13% declarou ter diabetes mellitus e desses, 84% também sabia possuir a doença a mais de 5 anos. Em ambas as doenças 74% declarou que as receitas médicas permanecem sem alteração a mais de um ano.

Quanto à avaliação do próprio estado de saúde 37% respondeu estar “bom e muito bom” e 63% “regular, ruim e muito ruim”. Quanto ao grau de dificuldade em realizar tarefas do trabalho ou de casa 82% respondeu “nenhum, leve ou regular” e 17% considerou “alto ou extremo”.

No que se refere ao grau de satisfação com o uso dos serviços de saúde 84% declarou ser “boa ou muito boa”, 73% declarou estar satisfeito com os serviços da farmácia, 84% não faltou às consultas na Unidade Básica de Saúde nos últimos 6 meses.

Questionados se o médico costuma lhe fazer recomendação para que realize exercícios físicos, 82% respondeu que sim e 59% afirmou receber recomendação para fazer algum tipo de dieta alimentar. Quanto à prática de exercícios físicos 43% informou não realizar nenhuma atividade.

Uma das questões “toma ou já tomou medicamento sem prescrição médica?” obteve como resposta “sim” de 88% dos entrevistados.

O resultado da pergunta “Qual a maior dificuldade para não seguir o tratamento médico recomendado”, obteve, entre outras, as seguintes respostas: “eu tomo muito medicamento e acabo fazendo confusão, às vezes esqueço, às vezes perco o horário, nem sempre tem remédio na Unidade Básica de Saúde, comida sem sal é muito ruim, é muito difícil fazer dieta”.

4.2 PALESTRAS

Foi realizada uma palestra educativa, cujos palestrantes foram o médico e a enfermeira, com ênfase nas enfermidades crônicas de maior prevalência, buscando aumentar a adesão dos pacientes aos tratamentos prescritos pelo médico. Também foram apresentados os folhetos orientativos que os pacientes devem receber juntamente com a receita médica.

Durante uma palestra realizada pela equipe de saúde surgiu o caso de D. Maria que relatou ter 82 anos, que toma de 10 a 12 medicamentos (contínuos) diariamente e costumeiramente se esquece de tomar os remédios, sendo relatado que até mesmo seus filhos e netos têm dificuldade de lembrar os horários. Os próprios familiares informaram que foi muito positiva a estratégia adotada pela equipe de saúde, pois assim tomaram ciência da dificuldade que a paciente tinha em tomar os medicamentos nos horários, conforme prescrição médica. A participação na palestra serviu de alerta para todos, que se comprometeram em organizar e ajudar a paciente a tomar os medicamentos corretamente.

Considerou-se importante a história da D. Maria, pois na experiência dos profissionais da saúde é algo relevante e que merece atenção, tendo em vista que o esquecimento, seja pelo excesso de afazeres da vida cotidiana ou até mesmo enfermidade que afeta a memória, é um dos grandes problemas que dificultam a adesão do paciente ao tratamento.

Pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar os fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em um grupo de indivíduos portadores de hipertensão arterial apontou como principal fator o esquecimento na tomada dos medicamentos.

As palestras estão programadas para acontecerem periodicamente, pois são de caráter contínuo, espera-se que se obtenha uma melhora significativa nos tratamentos preconizados. É importante que os pacientes e familiares estejam conscientes da necessidade de cumprir fielmente o plano terapêutico.

O que se espera a médio e longo prazo são a redução das descompensações e agravos relacionados com as enfermidades crônicas, bem como aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Espera-se que de maneira geral os pacientes e familiares se conscientizem que a melhor maneira de ter saúde é tendo um estilo de vida saudável, que inclui, indubitavelmente em cumprir as prescrições e orientações médicas.

4.3 FOLHETOS DE RECOMENDAÇÕES

Durante o processo de implementação das propostas de intervenção, tornou-se evidente a necessidade de repassar as recomendações mais importantes que o paciente deve seguir.

Os folhetos estão sendo entregues aos pacientes hipertensos e diabéticos no momento da prescrição dos medicamentos, junto com as receitas médicas.

As prescrições médicas dos medicamentos de uso contínuo têm validade para 06 meses, então ao término deste período, no momento da renovação da receita o paciente deverá receber novamente o folheto.

Os pacientes em tratamento para enfermidades crônicas que receberam os folhetos gostaram da novidade e, a grande maioria, se comprometeu em realizar pelo menos algumas das orientações preconizadas.

A eficácia de tal intervenção (preliminarmente positiva) somente poderá ser comprovada com pesquisa permanente, necessitando, portanto, de participação contínua dos agentes envolvidos e principalmente no resultado final que é o controle da enfermidade.

Da mesma forma que as outras estratégias de intervenção, espera-se que os pacientes em curto prazo adotem um estilo de vida saudável, melhorando assim a qualidade de vida a médio e longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aumentar a eficácia dos tratamentos instituídos pelo médico na Unidade Básica de Saúde, evitando o abandono ou a irregularidade no tratamento preconizado, foi o principal objetivo na implementação deste trabalho.

O plano de intervenção, tendo em vista que é um plano de ação de longo prazo, alcançou parcialmente seu objetivo, pois promoveu ações iniciais de relevante significado para os pacientes.

A mudança na atitude por parte do paciente e dos familiares, essência da proposta deste trabalho, foi incentivada. Tornou-se evidente que a forma mais eficiente de melhorar a qualidade de vida dos pacientes é promovendo mudanças no estilo de vida e melhorando a adesão no tratamento.

A conscientização tanto da equipe de saúde, como dos usuários e familiares tornou-se notória, a troca de informações e os debates possibilitaram a troca de conhecimentos e a descoberta de novas possibilidades na forma de atuação da equipe de saúde.

A mudança na forma de trabalho da equipe de saúde também foi promovida, todos foram motivados a participar das ações, notou-se melhoria na comunicação entre os membros. Da mesma forma percebeu-se que a relação entre equipe de saúde e comunidade melhorou, todos que participaram das palestras dão mostras de que entendem melhor a forma de funcionamento dos serviços de saúde.

É possível identificar melhora no grau de conhecimento da equipe de saúde e dos usuários com respeito às enfermidades crônicas, dos riscos, dos agravos e dos danos em longo prazo.

As limitações encontradas estão concentradas ainda na resistência de alguns pacientes ou familiares na adesão, ainda existem pacientes e/ou familiares que precisam ser melhores conscientizados, também existem os pacientes com pouca escolaridade, que demandam de maior tempo e maiores cuidados.

Como limitação ainda pode-se citar a dificuldade de alguns pacientes ou familiares de participar das palestras, mas nestes casos a equipe de saúde recorre a um atendimento personalizado.

O plano de intervenção é uma ação que deve ser continuada, melhorada e aperfeiçoada não tendo data para terminar, portanto apresenta como fragilidade a alta rotatividade da equipe de saúde pois o plano fica na dependência da conscientização do novo integrante.

Uma melhor efetividade no tratamento dos pacientes pode resultar em economia para o erário, pois reduz o uso de medicamentos e possibilita a redução do número de agravos e de internamentos de pacientes no município.

Compreende-se diante do trabalho realizado que a participação de todos: equipe de saúde, usuários, familiares, gestores e comunidade é imprescindível, pois podem tornar a informação e os serviços de saúde ofertados à população cada vez mais acessíveis, resultando em melhores condições de vida e saúde, consolidando, de fato, que a saúde um direito de todos devendo chegar de forma eficiente ao seu destinatário.

REFERÊNCIAS

- AMADEU, Maria Simone Utida dos Santos [et. al.] **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT**. Curitiba: Ed. UFPR, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45654/Manual_de_normalizacao_UFPR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 abr. 2019.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 15 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Subsecretaria de planejamento e orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS - Uma construção coletiva - Instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998**. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União, 1998. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/3916_gm.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- CASTRO, Helena C. et al. **Automedicação: entendemos o risco?** Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/12/inf17a20.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.
- Código de Ética Médica. **Portal do Médico**. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/>>. Acesso em: 06 jun. 2019.
- DANIEL, Ana Carolina Queiroz Godoy; VEIGA, Eugenia Velludo. **Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos**. (Artigo). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/a12v11n3.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2019.
- Descritores em Ciências da Saúde: **DeCS**.*. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 22 de jun. 2019.
- FONSECA, Idailin Fernandez. **Estímulo à adesão terapêutica anti-hipertensiva na unidade básica de saúde do município Darcinópolis/TO**. São Luís, 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/11807/IDAILIN%20FERNANDEZ%20FONSECA.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

GANDRA, Alana. **Brasil participa de banco de dados mundial sobre hipertensão**. Publicado em 17/05/2018 - 14:59. Agência Brasil Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-05/brasil-participa-de-banco-de-dados-mundial-sobre-hipertensao>>. Acesso em: 06 maio 2019.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss *et al.* **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2019.

ITO, Márcia. **Um modelo de gestão de paciente crônico baseado nos conceitos de relacionamento com o cliente**. (Tese doutorado). São Paulo: USP. 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/3/3141/tde-20052006-141627/publico/Tese_GRPC_final.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

LACOMBE, Francisco José Masset & HEILBORN, Gilberto. **Administração princípios e tendências**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. Cien Saúde Coletiva [Internet]. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

PEREIRA, Maurício Fernandes; BEPPLER, Mônica Kulkamp. **Planejamento estratégico: a contribuição da cultura organizacional para o processo de implementação da estratégia**. Vol. 3. São Paulo: Atlas, 2013.

POLISSENI, Maria Lucia de Castro. RIBEIRO, Luiz Cláudio. **Exercício físico como fator de proteção para a saúde em servidores públicos**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v20n5/1517-8692-rbme-20-05-00340.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2019.

PONS, Emília da Silva; KNAUTH, Daniela Riva; VIGO, Álvaro. Grupo de Pesquisa PNAUM, Mengue SS (2017). **Fatores predisponentes à prática da automedicação no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Uso e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)**. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189098#pone.0189098.ref001>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

SILVA, Dayanne Caroline de Assis *et al.* Percepção de adolescentes sobre a prática de alimentação saudável. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3299-3308, Nov. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103299&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jun. 2019.

VERDÉLIO, Andreia. **Brasil gasta 3,8% do PIB em saúde pública**. Agência Brasil. Nov. 2018. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-11/brasil-gasta-38-do-pib-em-saude-publica>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

VETTORAZZO, Lucas; PERRIN, Fernanda. **População brasileira empobrece 9,1% com recessão econômica no país.** Mar. 2017. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2017/03/1864296-populacao-brasileira-empobrece-91-com-recessao.shtml>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

VOLUNTÁRIA faz caixas que ajudam na organização de remédios a pacientes: farmacêutica de Fernandópolis faz caixas a pacientes de posto de saúde, ela separa remédios por cores, conforme a hora que devem ser tomados. 19/06/2016 18h05. **G1.globo.com.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/2016/06/voluntaria-faz-caixas-que-ajudam-na-organizacao-de-remedios-pacientes.html>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

WALDMAN, Eliseu Alves. Os 110 anos de Vigilância em Saúde no Brasil. In. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 12, n. 1 (jan./mar. 2003). Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 365-366. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/epidemiologia_servicos_saude_volu-me21_n3.pdf>. Acesso em: 01 maio 2019.

WANNMACHER, Lenita. **Condutas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1313-condutas-baseadas-em-evidencias-sobre-medicamentos-utilizados-em-atencao-primaria-a-saude-uso-racional-medicamentos-temas-selecionados-n-1-3&category_slug=assistencia-farmaceutica-958&Itemid=965>. Acesso em: 01 maio 2019.

WORLD Health Organization. **Noncommunicable diseases and their risk factors.** Disponível em: <<https://www.who.int/ncds/en/>>. Acesso em: 06 maio 2019.